

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

90

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 décembre 1898, à 1 heure

Par LÉOPOLD HOUDRY

Né à Taverny (Seine-et-Oise), le 3 septembre 1860

DES

HÉMORRHAGIES INTESTINALES

DANS LA

LITHIASÉ BILIAIRE

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
CHARRIN et THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

90

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 décembre 1898, à 1 heure

Par **LÉOPOLD HOUDRY**

Né à Taverny (Seine-et-Oise), le 3 septembre 1860

DES

HÉMORRHAGIES INTESTINALES

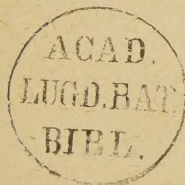
DANS LA

LITHIASÉ BILIAIRE

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
CHARRIN et THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
	FOURNIER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DUPLAY.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TILLAX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
PIERRE DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Hommage de reconnaissance.

A MA FEMME

A MA FILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.

DES
HÉMORRHAGIES INTESTINALES
DANS LA
LITHIASE BILIAIRE

INTRODUCTION

Nous avons pour but d'étudier les hémorrhagies qui ont lieu par l'intestin au cours de certains états pathologiques du foie. Nous conserverons l'expression d'hémorrhagie intestinale, pour nous conformer à l'usage, mais il serait peut-être préférable d'employer celle de melœna ou d'hémorrhagie par l'intestin ; car il ne s'agit pas à proprement parler d'hémorrhagies intestinales, puisque, généralement, les vaisseaux qui en sont la source ne se rattachent pas au système vasculaire de l'intestin, mais font partie du système vasculaire du foie.

Ces hémorrhagies sont bien connues dans la cirrhose et au cours de certains états infectieux accompagnés d'ictère. Elles ont été particulièrement étudiées par Monneret et Gubler et plus récemment par MM. Debove et Courtois-Suffit.

Parmi les maladies du foie qui peuvent s'accompagner de méloëna, il en est une notamment, la lithiasé biliaire, où ce symptôme peut donner lieu à des erreurs d'interprétation sur lesquelles il convient d'attirer l'attention.

Nous avons pu observer un cas d'hémorrhagie intestinale au cours de la lithiasé biliaire ; les recherches que nous avons faites nous ont montré que les cas analogues sont excessivement rares. Peut-être, en attirant l'attention des cliniciens de ce côté, reconnaîtra-t-on que les cas de méloëna en question sont plus fréquents qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici. Aussi avons-nous résolu de prendre cette observation comme base de notre thèse inaugurale et de rechercher les cas analogues, afin d'en tirer des conclusions.

Nous ferons précéder cette étude d'un aperçu historique sur les hémorrhagies dans les affections hépatiques.

Nous étudierons ensuite ce symptôme dans la lithiasé ; nous verrons sous quels aspects il se présente ; enfin, nous essayerons de montrer qu'il peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Après ces considérations préliminaires, qu'il nous soit permis d'exprimer nos sentiments de vive gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux.

MM. Pinard, Peyrot, Polaillon, Tapret, Dreyfus-Brisac, Duguet, Troisier.

Nous nous sommes efforcé de mettre à profit leurs conseils et leur enseignement. Nous avons toujours trouvé auprès d'eux le plus bienveillant accueil ; qu'ils reçoivent l'expression de notre dévouement.

Que M. Triboulet, médecin des hôpitaux, qui a bien voulu nous inspirer ce travail, et que notre excellent ami, M. Sainton, qui a eu l'obligeance de nous aider de ses précieux conseils, nous permettent de leur adresser tous nos remerciements.

Nous prions enfin, M. le professeur Debove, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, d'agréer l'expression de notre profonde et très respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

Signalées par les auteurs anciens, les hémorrhagies qui tirent leur origine d'une affection hépatique ont été étudiées au siècle dernier par Bianchi et au commencement de celui-ci par Portal.

Laënnec ne fait que signaler les hémorrhagies multiples dans le cours des maladies hépatiques.

En 1840, Becquerel explique les hémorrhagies intestinales qu'on observe dans la cirrhose par la congestion veineuse que produit tout obstacle mécanique s'opposant au cours de la circulation dans la veine porte.

Monneret et, un peu plus tard, Gubler cherchent à en donner une explication rationnelle ; ils invoquent une altération spéciale du sang qui en favorise l'extravasation.

Enfin Frerichs considère comme assez fréquentes les hémorrhagies de l'estomac et du canal intestinal où une cause mécanique concourt, dit-il, à leur production.

On voit que l'on a constaté depuis longtemps des hémorrhagies dans les maladies du foie, mais c'est précisément dans des affections autres que la lithiasé biliaire qu'elles ont été observées.

« Certaines maladies du foie ont le fâcheux privilège de s'accompagner assez fréquemment d'hémorrhagies. Ce sont les congestions hépatiques en général, l'ictère grave et surtout la cirrhose. D'après Cathcart Lees (1854), qui reproduit les idées de Monneret, presque dans les mêmes termes, il faudrait ajouter à cette liste l'hépatite et le cancer du foie, qui s'accompagnent aussi de phénomènes hémorrhagiques. Le plus souvent, c'est l'épistaxis que l'on observe ; après l'épistaxis, viennent les hémathémèses par ordre de fréquence, ainsi que les hémorrhagies cutanées, ecchymoses et taches purpuriques. Beaucoup plus rarement on a observé le mé-lœna ; à plus forte raison les hémorrhagies méningées ». (*Dict. encycl. des Sc. médic. Art. foie*).

Il n'est nullement question dans cette citation de la lithiasé biliaire. Il faut arriver à ces dernières années pour y trouver signalées des hémorrhagies abondantes ayant déterminé la mort.

Les premières observations sont, à notre connaissance, celles de Marion et de Schmidt qui parurent presque simultanément en 1894. De-

puis MM. Roux et Nattan Lorrier ont publié un nouveau cas dans le *Bulletin de la Société anatomique* (1897).

Malgré les nombreuses recherches bibliographiques que nous avons entreprises à ce sujet, nous n'avons rien découvert de plus relativement aux hémorrhagies intestinales qui viennent compliquer la lithiase biliaire.

GÉNÉRALITÉS

SUR LA

COMPLICATION DE LA LITHIASÉ

Avant d'entrer dans l'étude des hémorrhagies, il nous semble devoir dire quelques mots des complications de la lithiasé, en général. Nous les décrirons ici très rapidement.

Les calculs peuvent séjourner dans les voies biliaires sans déterminer le moindre accident. Leur découverte constitue parfois une trouvaille d'autopsie. Mais, en général, il n'en est pas ainsi, et leur présence finit par occasionner des troubles plus ou moins graves.

Qu'un calcul trop volumineux pour progresser librement soit arrêté en un point quelconque des voies biliaires, il déterminera, par une réaction douloureuse des canaux, des spasmes, des contractures, en un mot toute une série de symptômes dont l'ensemble constitue la colique hépatique. Si l'obstacle siège dans le canal cystique le cours de la bile n'est pas interrompu, il n'y a pas d'ictère ni de décoloration des ma-

tières fécales ; mais si le calcul est arrêté dans le parcours du cholédoque ou bien au niveau de l'ampoule de Vater, il y aura, en général, suspension du cours de la bile et, par suite, ictère par rétention ; nous disons, en général, car il peut ne pas y avoir obstacle absolu au passage de la bile par suite de l'oblitération incomplète du canal par le calcul.

La crise de colique hépatique n'a lieu qu'autant que le calcul progresse dans les voies biliaires. Mais si par suite de son volume il est enclavé définitivement dans les canaux, la scène alors change. La bile augmentant de pression dans les voies biliaires va distendre et le cholédoque et la vésicule et les canaux hépatiques. Cette dilatation peut atteindre un degré extrême : le cholédoque peut acquérir le volume d'une anse d'intestin grêle et la vésicule peut être dilatée au point de former une tumeur descendant jusqu'à la fosse iliaque.

Les complications que nous venons de signaler sont dues à une cause mécanique. Il est une autre série d'accidents d'origine infectieuse.

Dans les conditions normales, la bile qui est aseptique, empêche la pénétration des microbes. Mais que, pour une raison quelconque, il y ait arrêt dans l'écoulement de la bile, les microbes qui habitent normalement l'intestin et la première portion du cholédoque viendront infec-

ter les voies biliaires. Il y aura de la fièvre, fièvre bilio-septique de Charcot ou fièvre intermittente bilio-septique de M. Chauffard, caractérisée par des frissons, une élévation de température et des sueurs profuses. Elle revêt tantôt la forme intermittente, tantôt la forme rémittente ; elle peut même ne présenter que de légères rémissions et ressembler à une fièvre continue.

L'infection se traduit par l'angiocholite ou inflammation de gros vaisseaux biliaires et des petits vaisseaux intra-hépatiques, par la cholécystite, ou infraction de la vésicule, et enfin par des lésions suppuratives du foie (hépatite et abcès).

Enfin il peut survenir de la cirrhose biliaire, décrite par Charcot. La stagnation de la bile dans les ramifications des canaux hépatiques, après les avoir dilatés, amène par irritation une production de tissu scléreux autour des lobules hépatiques.

Sous l'influence du travail scléreux produit par le coli-bacille, les voies biliaires peuvent être perforées, il survient de la péritonite. Si des adhérences, unissant la vésicule aux organes voisins ont eu le temps de se constituer, la péritonite est conjurée ; il se forme seulement une fistule qui donne passage à la bile et aux calculs.

Nous allons maintenant aborder la complica-

tion qui fait l'objet de cette étude ; nous voulons parler des hémorrhagies qui se traduisent par du melœna. Nous verrons, à propos de la pathogénie, quelle origine il faut leur attribuer.

Avant d'entrer dans l'étude de ces hémorrhagies, citons les observations que nous avons pu recueillir.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

Lithiase biliaire. — Hémorrhagies intestinales répétées. Mort. Autopsie. Anévrisme de l'artère hépatique. (Schmidt Semaine Médicale, 15 août 1894).

M. Schmidt relate l'histoire d'une femme âgée de 40 ans qui, à plusieurs reprises, avait souffert de violentes coliques hépatiques. Subitement elle fut prise d'une hémorrhagie intestinale très abondante, suivie quelques jours après d'une seconde ; l'une et l'autre, pas plus qu'une troisième entérorrhagie survenue trois semaines plus tard, n'eurent de conséquences graves immédiates, mais la malade succomba à une nouvelle hémorrhagie très abondante qui se produisit cinq semaines après la première.

L'autopsie démontra quelle était la cause de ces hémorrhagies intestinales : la vésicule biliaire adhérente aux organes voisins, au grand épiploon, au côlon transverse, présentait trois ulcérations d'iné-

gales dimensions, qui la faisaient directement communiquer avec la première et la deuxième portion du duodénum. Elle contenait trois calculs volumineux ; une poche anévrysmale, qui se présentait sous la forme d'un corps ovoïde de six centimètres de longueur et de trois centimètres de diamètre dans la partie la plus large, semblait comme appendue à la base de la vésicule.

De coloration grisâtre extérieurement, cet anévrysme revêtait l'aspect d'une masse sanguine fraîchement coagulée, et sa paroi offrait un orifice de rupture à l'une des extrémités. Un examen attentif permet de constater que l'anévrysme avait pris son point de départ sur la branche droite de l'artère hépatique, qui était accolée au canal hépatique du même côté.

OBSERVATION II

*Coliques hépatiques. Ictère. Hémorrhagie mortelle.
Autopsie. Coïncidence de lithiase et de cancer.
(Marion. Mercredi Médical, 19 décembre 1894).*

R... J..., âgée de 60 ans, blanchisseuse, entre le 18 juillet 1894 à l'hôpital Necker, salle Monneret.

Cette malade vient à l'hôpital pour des douleurs dans le flanc droit et la jaunisse.

Le début de ces accidents remonte à trois semaines. C'est alors que des douleurs sont apparues dans la

région hépatique, s'irradiant dans l'épaule droite. En même temps la malade a ressenti des vertiges et de la faiblesse, mais n'a jamais perdu connaissance. Elle n'a pas eu de frissons.

L'ictère est survenu huit jours après le début des douleurs.

Aujourd'hui les douleurs sont encore vives, toujours dans la région du foie. L'ictère est très prononcé, caractérisé par une belle teinte jaune d'or. Les urines sont foncées, presque noires, et le matin sont complètement décolorées.

Aucune autre particularité : l'état général de la malade est excellent.

Du reste, cette attaque de colique hépatique n'est pas la première ; la malade y est sujette. Depuis deux ans elle a présenté trois attaques d'une durée de trois semaines environ chacune.

Il s'agit donc de coliques hépatiques bien caractérisées.

Les jours suivants, nulle modification.

Le 1^{er} août, l'ictère commence à disparaître ; la malade se sent mieux.

Le 12 août, la malade a été agitée dans la nuit ; elle a eu de nouveau des douleurs très vives. Le matin, à la visite, elle se plaint d'oppression ; l'externe, M. Chopin la fait asseoir pour l'ausculter, elle est prise d'un violent frisson ; on la recouche. Quelques instants après, il se produit tout à coup une débâcle sanguine par la bouche, le nez et l'anus ; débâcle d'une telle abondance que le lit et le parquet sont inondés de sang. Peu

à peu la malade se refroidit et meurt au bout d'une demi-heure. Au moment du frisson la température avait été prise : elle était de 36°.

Autopsie. — Une mort dans de telles conditions, étant donné le diagnostic, donnait un intérêt extrême à l'autopsie. A l'ouverture de l'abdomen on trouve dans la région hépatique, immédiatement au-dessous du foie, un amas de caillots au milieu desquels se trouve un calcul gros comme un œuf de pigeon.

La cavité qui contient ce calcul s'ouvre d'une part dans le péritoine dans lequel s'est fait un épanchement considérable de sang, d'autre part dans l'angle supérieur du duodénum ; si bien qu'il y a deux orifices duodénaux, l'un faisant communiquer la cavité avec la portion horizontale, l'autre avec la portion verticale. Ces orifices sont de date ancienne et bien cicatrisés sur les bords.

La cavité qui représente les restes de la vésicule biliaire est formée en haut par le tissu hépatique recouvert d'une couche fibreuse, en bas par une masse indurée qui englobe les canaux cystique et cholédoque impossibles à disséquer. Cette masse est reconnue pour être un cancer des voies biliaires, si fréquent dans la lithiase.

A la coupe le foie présente dans son épaisseur des noyaux jaunâtres du volume d'une noix à celui d'une petite orange, les noyaux sont également des noyaux cancéreux secondaires.

Nombreux ganglions dans le voisinage.

Veine-porte intacte.

Le pancréas, l'estomac, le petit intestin, à part le duodénum perforé et soudé à la vésicule biliaire, sont parfaitement sains.

En somme, nous avons affaire à un calcul biliaire, compliqué de carcinome des voies biliaires s'étant terminé par hémorrhagie. Le sang s'était écoulé par l'estomac, par l'intestin, et probablement, n'ayant pas une voie de sortie assez large, il avait déterminé la rupture de la vésicule biliaire et avait pu pénétrer dans le péritoine. Mais quelle était la cause de cette mort par hémorrhagie ? Etant données la situation des caillots au niveau de la vésicule biliaire et l'intégrité de la veine-porte, une déchirure de l'artère hépatique, ou de l'une de ses branches, pouvait seule expliquer l'hémorrhagie formidable, causé de la mort.

Malheureusement l'artère hépatique, facile à trouver avant sa pénétration dans la tumeur cancéreuse, devenait impossible à distinguer plus loin, tous les tissus se confondant, et nous ne pûmes confirmer notre hypothèse.

OBSERVATION III

Coliques hépatiques. Hémorrhagie mortelle.

(Mercredi médical 19 décembre 1894).

A propos de l'observation de M. Marion, M. le profes-

seur Dieulafoy raconta que, quelques années auparavant, il avait eu à soigner, en ville, une jeune fille atteinte de coliques hépatiques. Cette jeune fille, un peu plus tard, se trouvant à la campagne, avait été prise de coliques et quelques jours après, on annonçait à M. Dieulafoy que la malade venait de succomber par hémorrhagie. Jusqu'alors ce fait était resté pour lui inexpliqué. Il est probable, que cette jeune fille était bien atteinte de lithiase biliaire comme le diagnostic avait été porté et qu'elle a succombé à une hémorrhagie par déchirure de l'artère hépatique.

OBSERVATION IV

*Lithiase totale des voies biliaires. Angiocholite. Ictère
Hémorrhagie intestinale abondante. Mort. Autop-
sie. Gros calculs dans le cholédoque et dans le
canal hépatique. Calculs dans les dernières rami-
fications biliaires. Ulcérations intestinales.*

*(Roux et Nattan-Larrier. Bulletin de la Société ana-
tomique, 30 avril 1897).*

Il s'agit d'une femme de 72 ans, atteinte de coliques hépatiques depuis 10 ans. Cette femme entra dans le service de M. le Dr Mathieu avec des signes bien nets d'angiocholite ; elle avait de grands accès avec frisson, fièvre et sueurs survenant tous les dix jours à peu près. Les accès s'accompagnaient d'une teinte subictérique

des téguments mais jamais il n'y eut de pigments biliaires dans les urines qui étaient seulement hémaphériques, jamais les matières ne furent décolorées. Malgré l'extrême adipose des parois abdominales, chez cette malade polysarcique, on crut à plusieurs reprises sentir la vésicule biliaire sous le bord tranchant du foie, un peu hypertrophié. L'autopsie démontra qu'il s'agissait de la ramification droite du canal hépatique gorgé de calculs. La malade succomba au bout de deux mois avec des signes d'ictère franc; dans les vingt-quatre heures qui précédèrent la mort elle eut une hémorragie intestinale en nappe d'une extrême abondance.

Autopsie. — On trouva l'ampoule de Vater très volumineuse et comme hypertrophiée, longue de 1 centimètre $1/2$, le canal cholédoque était parfaitement perméable, et à la pression l'ampoule laissait s'écouler une bile épaisse chargée de petits graviers. La partie moyenne du cholédoque était assez dilatée pour pouvoir aisément loger le doigt, elle était bourrée de calculs gros comme des noisettes; le canal cystique peu dilaté à son embouchure, laissait libre communication avec la vésicule biliaire peu développée, cachée sous le bord du foie et contenant très-peu de bile; dans la vésicule on trouvait une dizaine de calculs de moyen volume; dans la branche droite du canal hépatique un ou deux calculs à facettes, gros comme des petites noix et un énorme calcul ovoïde atteignant le volume d'un œuf de poule; à gauche des calculs analogues mais plutôt moins volumineux; à l'intérieur même du foie dans les voies biliaires très-dilatées de premier et de deuxième ordre,

une série de calculs pressés les uns contre les autres et gros comme des noisettes, enfin les fines ramifications biliaires sont encore bourrées de calculs de moins en moins volumineux, mêlés à une bile épaisse, verdâtre, peu abondante ou dans du pus.

On ne pouvait couper un fragment de parenchyme hépatique sans tomber sur ces masses calculeuses dont le foie est farci. Le parenchyme hépatique lui-même est d'ailleurs atteint de lésions profondes. Le pancréas de cette femme polysarcique le montrait au premier abord sous son aspect normal ; à la coupe, on constatait qu'il n'était plus représenté que par une masse de graisse où subsistaient de loin en loin quelques lobules pancréatiques ; le rein gauche présentait, à sa partie supérieure, un gros infarctus suppuré ; une série d'ulcérations profondes à l'entrée de l'S iliaque étaient l'origine de l'hémorrhagie intestinale.

On peut se demander, en face de cette lithiase totale des voies biliaires, si l'intervention chirurgicale que l'on rejeta en raison de l'âge et de la polysarcie énorme aurait pu être menée à bonne fin, et si la malade en aurait eu le moindre profit.

OBSERVATION V

Lithiase biliaire. Six attaques antérieures de coliques hépatiques. Nouvelle attaque de colique hépatique. Hémorrhagies intestinales. Etat infectieux. Mort. Autopsie. Dilatation considérable du canal cholédoque et des canaux hépatiques avec intégrité de la vésicule. Ulcérations du canal cholédoque ayant donné lieu aux hémorrhagies. Abscess miliaires multiples du foie.

(Observation personnelle prise avec M. Sainton, interne du service).

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui entre le 10 août 1898 dans le service M. le professeur Debove, suppléé par M. le Dr Triboulet. C'est une femme qui a eu antérieurement six grossesses et six attaques de colique hépatique ; elle est actuellement à sa septième attaque. Depuis huit jours elle est soignée par un médecin de la ville par cette nouvelle atteinte ; elle a de l'ictère et de la décoloration des selles.

Elle entre à l'hôpital parce que son attaque se prolonge et parce que le traitement institué jusque là a été inefficace. Le soir de son entrée, elle présente un ictère assez prononcé, la région hépatique est douloureuse, le foie est augmenté de volume ; la douleur cependant est moins intense qu'au début.

Pendant la nuit, la malade est prise de douleurs

très violentes dans le ventre et qui sont à peine calmées par une piqûre de morphine.

Le lendemain matin, la température s'est abaissée de 38°8 à 37°2, le facies est tiré, péritonéal, le pouls est petit, le ventre très douloureux, ballonné, les moindres attouchements, aussi bien superficiels que profonds, provoquent des douleurs intenses ; des vomissements alimentaires puis bilieux ont apparus, la malade présente en somme tous les symptômes d'une obstruction intestinale. Mais elle a une diarrhée profuse qui fait éliminer ce diagnostic.

Le lendemain même état, mais la température s'élève à 39° le soir. La malade pousse des cris et des plaintes, elle est agitée, inquiète, a un léger subdélire ; la diarrhée qui existait la veille a persisté. Les selles sont liquides, fétides, non décolorées, jaunâtres, constituées par des grumeaux noirâtres, épais ; cependant elles ne contiennent pas du sang pur, mais du sang noirâtre, altéré par son séjour dans l'intestin, et ce sang n'est pas intact.

Le même état continue les jours suivants ; la malade tombe progressivement dans le coma et le subdélire avec une diarrhée profuse présentant les mêmes caractères, et meurt le 15 août.

L'autopsie est pratiquée 30 heures après la mort : l'état de conservation du cadavre est très mauvais étant donnée la température anormale et il est impossible de faire des cultures.

A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve quelques traces de péritonite légère. Les anses intes-

tinales sont gonflées ; elles présentent une vascularisation extrêmement marquée, mais l'examen de la muqueuse intestinale ne révèle pas trace d'ulcération d'aucune sorte. La cavité intestinale est pleine d'un magma noirâtre qui paraît être composé principalement par du sang plus ou moins complètement digéré. La rate est volumineuse et diffluyente. Il n'existe pas de lésion des reins appréciable, étant donné l'état de décomposition du cadavre.

Notre attention étant attirée sur le foie en raison des symptômes présentés pendant la vie, nous enlevons celui-ci avec le plus grand soin après l'avoir dégagé des adhérences qui l'unissaient au duodénum et au gros intestin.

On remarque alors à sa face postérieure une saillie considérable ayant à peu près la forme et les dimensions d'une orange. Cette saillie est située au milieu d'un tissu cellulaire très adhérent aux parties voisines et condensé à la surface de la tumeur de manière à donner naissance à deux sortes de brides aplaties, larges de trois travers de doigt, passant obliquement à la face postérieure de celle-ci. Il fallut alors disséquer avec soin les différents organes qui constituent le hile du foie de façon à voir quel était celui d'entre eux qui avait donné naissance à cette poche ressemblant à première vue à une poche anévrysmale, mais plus mince et plus transparente.

L'artère hépatique paraît normale ainsi que les autres branches du tronc cœliaque ; elle est parfaitement perméable et il n'existe aucune trace d'ectasie sur son

trajet. De même la veine-porte n'est pas sensiblement comprimée et ses deux branches passent à la face postérieure de la tumeur, ainsi que de petits filets nerveux.

La vésicule biliaire et le canal cystique ne présentent rien de spécial. Ils n'offrent pas la moindre trace de dilatation et se trouvent situés sur la partie droite de la tumeur. Celle-ci nous apparaît constituée par une dilatation du cholédoque dans lequel on peut introduire sans difficulté trois doigts. Cette dilatation est plus marquée à la partie voisine du foie qu'au niveau de la portion terminale. Le canal est rempli d'une masse fluide contenant des caillots nombreux et de tout petits calculs anguleux de la dimension d'un haricot au maximum.

Mais nulle part on ne trouve de gros calculs susceptibles d'avoir donné naissance à une obstruction biliaire.

Faisant suite au canal cholédoque se trouvent les canaux hépatiques extrêmement dilatés, non seulement dans leur portion extra-hépatique, mais encore dans leur portion intra-hépatique.

On peut introduire dans les deux grosses branches un tube à essai de diamètre ordinaire avec la plus grande facilité. Cette dilatation se poursuit à l'intérieur du foie lui-même, de sorte que sa face antérieure paraît séparée de la profondeur par une épaisseur de tissu ayant à peine un travers de doigt et demi d'épaisseur. La dilatation s'étend aux branches de petit calibre, de sorte que l'on peut dire que, dans son ensem-

ble, tout l'appareil biliaire est distendu, à l'exception du canal cystique et de la vésicule. Cette distension est vraisemblablement de date ancienne et est la conséquence des atteintes de colique hépatique, subies par la malade.

La constatation de ces faits ne nous renseignait pas sur la cause de l'hémorrhagie de cette malade, car les canaux hépatiques et le canal cholédoque étaient absolument remplis par le sang. La chose nous fut expliquée en examinant avec soin la muqueuse du canal cholédoque.

A l'endroit où la paroi est dilatée, sa face interne présente plusieurs ulcérations allongées ; l'une d'elles plus volumineuse siégeant sur le côté droit paraît être l'origine de l'hémorrhagie. Il en est de même au niveau des canaux hépatiques. L'organe hépatique est volumineux dans son ensemble. Extérieurement, on remarque à la surface du foie de petits points blanchâtres. En incisant, on voit que ceux-ci sont constitués par de très petits abcès miliaires, comme ceux que l'on rencontre dans l'infection purulente.

Réflexions. — On peut donc résumer ainsi la genèse des accidents chez notre malade :

1° Lithiase biliaire.

2° Coliques hépatiques plusieurs fois répétées ayant donné naissance à l'obstruction du canal cholédoque et à la dilatation des canaux hépatiques. Au cours de la dernière colique hépatique, il s'est produit une infection des voies biliaires

due à un micro-organisme pathogène qu'il a été impossible de déterminer par suite de l'altération cadavérique ; vraisemblablement on peut incriminer le bactérium-coli, mais nous n'oserions l'affirmer. Cette infection de la muqueuse du canal cholédoque a donné lieu à un processus ulcéreux qui a été l'origine de l'hémorrhagie. En somme, celle-ci s'est produite par un procédé analogue à celui qui se produit dans l'intestin au cours de la fièvre typhoïde.

3° Un dernier point qui donne encore à cette observation un assez grand intérêt est la présence d'abcès miliaires du foie, qui sont dûs à une angiocholite des petits canaux plutôt qu'à une infection sanguine ; il s'agit, semble-t-il, d'abcès d'origine biliaire plutôt que d'abcès consécutifs à une lésion artérielle ou veineuse.

4° Hémorrhagies consécutives s'étant évacuées par l'intestin.

HÉMORRHAGIES INTESTINALES

Les hémorrhagies intestinales au cours de la lithiase biliaire sont excessivement rares si nous en jugeons par le silence des auteurs à ce sujet.

Dans le cas de Schmidt le malade avait eu, à plusieurs reprises, des crises de coliques hépatiques, quand tout à coup, en dehors d'une attaque, il fut pris d'une hémorrhagie intestinale abondante, suivie quelques jours après d'une seconde, puis trois semaines plus tard d'une troisième et enfin au bout de cinq semaines d'une quatrième à laquelle il succomba.

L'autopsie fit voir que la lithiase biliaire était compliquée d'un anévrysme de l'artère hépatique dont la rupture explique les hémorrhagies successives qui se sont produites.

Dans le cas de Marion la lithiase biliaire est également manifeste. Il n'y eut qu'une seule hémorrhagie très violente.

L'autopsie démontra l'existence d'un carcinome des voies biliaires.

Il y avait des signes d'infection chez le malade

de MM. Roux et Nattan Larrier. Il avait des accès de fièvre, avec frisson et sueurs, revenant périodiquement. La veille de sa mort il eut une hémorrhagie intestinale très abondante produite par des ulcérations profondes qui siégeaient à l'entrée de l'S iliaque.

Il est à remarquer qu'ici l'hémorrhagie est une hémorrhagie intestinale vraie, c'est-à-dire provenant des vaisseaux de l'intestin et non comme dans les autres cas, une hémorrhagie par l'intestin où celui-ci ne sert que de passage au sang dont la source est ailleurs.

Dans notre cas c'est également à la suite d'une série d'attaques de coliques hépatiques que survint une diarrhée profuse mélangée de sang noirâtre plus ou moins altéré.

On voit donc que l'hémorrhagie intestinale ne se produit pas toujours sous la même influence : ou bien la lithiase est compliquée d'une autre affection, anévrysme ou cancer, à laquelle est due la rupture du vaisseau qui a occasionné l'hémorrhagie, ou bien elle existe seule et la cause de l'ulcération est alors soit une infection soit un calcul.

Le sang rendu par les selles se présente sous divers aspects. Lorsque l'hémorrhagie est très abondante, et c'est la règle, il est rouge et liquide ; mais il peut arriver que, par suite d'un séjour prolongé dans l'intestin il présente une couleur noire, comme dans notre observation

personnelle où il n'y eût pas d'hémorrhagie franche, mais, pendant plusieurs jours, des selles constituées par des grumeaux noirâtres, épais, formés de sang plus ou moins altéré.

L'hémorrhagie fait toujours suite, avons-nous dit, à des crises de colique hépatique.

Elle peut survenir lorsque l'attaque est terminée complètement, comme dans le cas de Schmidt.

La malade que cite Marion était à la fin de son attaque; l'ictère commençait à disparaître, la malade se sentait mieux, lorsqu'au bout de quelques jours, elle éprouva de nouveau de vives douleurs; elle eut de l'oppression, des frissons et quelques instants après une débâcle sanguine, extrêmement abondante par la bouche, le nez et l'anus.

Dans un autre cas c'est au cours d'un ictère, sans décoloration des matières fécales, chez un sujet ayant de grands accès périodiques d'angiocholite, que la veille de la mort se produit une hémorrhagie intestinale en nappe très abondante.

Chez notre malade il y avait aussi de l'ictère, avec décoloration des selles. La région hépatique était douloureuse. Plus tard survinrent de la fièvre, des vomissements, la face était grippée, le ventre douloureux, ballonné; en somme on eût pu songer à une obstruction intestinale, ou à une péritonite s'il n'y avait pas eu une diarrhée

profuse qu'a persisté pendant plusieurs jours jusqu'à la mort survenue dans le coma. Les selles étaient liquides, fétides, non décolorées, constituées par des grumeaux noirâtres, épais ; elles ne contenaient pas du sang pur, mais du sang altéré par son séjour dans l'intestin.

Ici le début du méléna n'a pas été brusque comme dans les autres cas, où l'hémorrhagie se produisit avec une soudaineté remarquable que rien ne pouvait faire prévoir. En général la mort s'ensuit très rapidement. Cependant, quoique très abondante, l'hémorrhagie peut n'être pas mortelle (Obs. II), mais le pronostic n'en est pas moins sombre car des récidives se succèdent à des intervalles rapprochés et le malade finit par y succomber.

La fréquence toute spéciale de cette complication chez la femme paraît évidente. C'est toujours chez elle qu'elle a été signalée. Rien d'étonnant à ce que cet accident soit plus commun chez la femme, puisque chez elle la lithiasie est plus fréquente que chez l'homme ; mais, s'il est vrai que nos observations sont trop peu nombreuses pour servir de base à une statistique, il est au moins intéressant de voir que tous les cas observés se rapportent au sexe féminin.

La lithiasie biliaire étant généralement une maladie de l'âge adulte, il en est par conséquent de même de l'hémorrhagie qui la complique. Ce-

pendant elle peut aussi se montrer dans la jeunesse, témoin le cas de M. Dieulafoy, cas probablement analogue aux autres, bien que l'autopsie n'ait pas été faite.

DIAGNOSTIC

A quoi peut-on penser en présence d'un malade qui, à la suite d'une crise de coliques hépatiques, est subitement pris d'une hémorrhagie intestinale abondante ?

Avant la publication de nos premières observations, il ne fut certes jamais venu à l'idée de personne de songer à une complication de la lithiase.

Bien des affections, en effet, s'accompagnent à la fois d'ictère et d'hémorrhagies : la cirrhose atrophique, l'ictère infectieux, l'ulcère du duodénum, le cancer de l'intestin, le cancer de l'ampoule de Vater sont autant de maladies auxquelles on peut penser tout d'abord.

L'ictère est rare de la cirrhose atrophique ; mais il peut apparaître quelquefois à la période terminale. Quant aux hémorrhagies elles sont fréquentes, parfois terribles et rapidement mortelles. Cependant l'atrophie du foie, l'ascite, la circulation complémentaire, qui ne font jamais défaut, permettent de lever tous les doutes.

Le diagnostic est plus difficile s'il s'agit d'ictère infectieux. Ici nous trouvons à la fois de l'ictère et des hémorrhagies. Celles-ci sont multiples et répétées et par ce seul caractère se différencient de l'hémorrhagie généralement abondante et brusque de la lithiase biliaire. De plus l'atrophie du foie et les troubles nerveux facilitent le diagnostic qui, pourtant, il faut le reconnaître, n'est pas toujours facile.

Des hémorrhagies intestinales abondantes, quelquefois foudroyantes, si un gros vaisseau a été lésé, se produisent dans l'ulcère du duodénum. Le caractère des douleurs, leur apparition deux ou trois heures après les repas, l'absence de coliques hépatiques antérieures sont autant de symptômes qui feront penser à l'ulcère.

Dans le cancer de l'intestin, le méloëna est un symptôme fréquent ; mais le sang est souvent noir par suite de son séjour dans l'intestin ; il est rouge si la lésion occupe la partie inférieure de l'intestin ou si l'hémorrhagie est abondante et rapidement expulsée ; mais les hémorrhagies sont répétées et, par suite, moins fortes que dans la lithiase. Souvent on sent des masses cancéreuses à la palpation. Enfin la cachexie envahissante permet d'éviter toute erreur.

Il n'en est pas de même pour le cancer de l'ampoule de Vater. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que le diagnostic en est à

peu près impossible. Il n'y a pas un seul signe caractéristique. Si l'on considère que l'un des premiers symptômes est l'ictère, que les hémorrhagies intestinales sont fréquentes, et qu'enfin l'on a signalé des crises douloureuses analogues aux crises de colique hépatique, on est obligé de reconnaître que le diagnostic entre le cancer de l'ampoule de Vater et la lithiasé biliaire compliquée d'hémorrhagie intestinale peut offrir de très grandes difficultés. M. Triboulet a bien voulu nous communiquer une observation dans laquelle le diagnostic était particulièrement difficile, observation montrant que l'apparition d'une hémorrhagie intestinale n'a contribué qu'à obscurcir le diagnostic.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le Dr Triboulet, médecin des hôpitaux.

Dame B..., 56 ans, de moyenne constitution, sans antécédents héréditaires spéciaux ; sans passé morbide. A eu cinq grossesses à terme ; n'a jamais présenté alors, ni avant l'époque actuelle de coliques hépatiques avérées, ou du moins, n'a jamais eu d'ictère ; mais à plusieurs reprises, cette malade a été affectée de gastralgie de type mal défini, caractérisée

par des coliques sourdes, avec sensation de pesanteur, et même de gêne douloureuse toujours rapportée à l'hypochondre gauche avec légère irradiation vers le creux épigastrique.

Ces phénomènes douloureux aigus quasi paroxystiques sont survenus cinq ou six fois dans l'existence de la malade, depuis une douzaine d'années ; ils ont persisté chaque fois plusieurs semaines, laissant un endolorissement prolongé de toute la région de l'hypochondre gauche et de l'épigastre. Les désordres ont presque toujours retenti sur l'état général, et de la même façon ; sans fièvre, ils ont provoqué un état de nervosisme assez prononcé, et surtout, à chaque crise, un degré d'amaigrissement lié à une anorexie elle-même en rapport avec la crainte de l'accès douloureux. En même temps la constipation s'est toujours montrée opiniâtre.

Ces phénomènes, d'interprétation constamment difficile, ont été attribués à diverses causes : à la gastrite, à l'entéropose, voire même au rein mobile, et n'ont été que très vaguement envisagés comme pouvant ressortir à la colique hépatique fruste ; et l'hésitation venait surtout du fait de la douleur persistante à gauche.

La malade, délivrée depuis 15 à 18 mois de ces accidents douloureux commençait à se louer de son nouvel état de santé quand, en février 1896, après une période de douleurs vagues comparables aux précédentes, elle fut prise d'un ictère progressif et rapidement intense.

Cet ictère réalisa le syndrome chronique : décolora-

tion absolue des matières fécales, coloration brun-verdâtre des urines. Il atteignit sur le tégument externe une nuance jaune d'or des plus franches ; il s'accompagna d'un prurit intense, et son retentissement sur l'état général, se caractérisa par une anorexie presque complète et par une asthénie profonde. Ce qui fut tout à fait remarquable, et il faut y insister beaucoup, ce fut l'absence de douleur, spontanée ou provoquée même, dans la région hépatique : le foie était accessible, mais à peine un peu augmenté de volume ; la vésicule ne présentait aucune sensibilité, ni aucune modification de volume ou de consistance ; mais, alors que toute la région droite ne fournissait que ces renseignements négatifs, l'hypochondre gauche présentait de nouveau l'endolorissement des crises antérieures, et, en outre, dans un point situé à mi-chemin de l'ombilic aux fausses côtes gauches, apparurent deux nodosités qu'il nous faut signaler tout spécialement : l'une, superficielle, assez mobile, fuyant sous la palpation, et paraissant faire légèrement saillie en avant ; l'autre, profonde, plus fixe, et se présentant comme une nappe, sous-jacente à la première, et séparée d'elle par un ou deux travers de doigt.

En présence de ces faits l'opinion des médecins traitants, comme celle de deux médecins des hôpitaux qui virent la malade à trois semaines de distance, fut la même ; tous passèrent à l'existence tout à fait vraisemblable d'un néoplasme des voies biliaires.

Après une évolution de cinq à six semaines, il survint, un jour, chez la malade, une hémorrhagie intes-

tinale assez abondante ; cette hémorrhagie se composait de sang rouge, rutilant, et fut suivie pendant deux jours de melœna.

Malgré un nouveau melœna de trois jours de durée, avec intermittences, malgré une atteinte momentanément très sévère de l'état général, la malade guérit, lentement d'abord, puis très complètement, et la guérison s'est actuellement maintenue depuis près de trois ans. Sans qu'il soit possible de donner une interprétation du fait, les nodosités disparurent avec une brusquerie extrême, pour ainsi dire du jour au lendemain.

Réflexions.— Si l'on veut bien reprendre les éléments principaux de l'observation, nous voyons que le diagnostic de cancer était amplement justifié :

1° Par l'âge de la malade ; 2° par l'absence de coliques antérieures avec ictère ; 3° par le début plutôt insidieux, sans grands phénomènes paroxystiques ; 4° par l'atteinte extrême de l'état général ; 5° enfin, et surtout, par l'apparition des nodosités que nous avons signalées.

Dans ces conditions l'apparition de l'hémorrhagie intestinale prit une importance diagnostique telle qu'elle sembla devoir lever tous les doutes et permettre d'affirmer à coup sûr l'existence d'un néoplasme des voies biliaires ; on en vint même à préciser sa localisation probable au niveau de l'ampoule de Vater, et, dans cet ordre d'idées, on est en quelque sorte encouragé

par l'interprétation donnée de ces faits par les traités classiques et par les meilleurs cliniciens : communément, l'entérorrhagie au cours d'un ictère chronique, par rétention, non infectieux, est envisagé comme relevant d'un néoplasme. Or son apparition ne doit nullement impliquer à coup sûr l'idée d'un cancer des voies biliaires ; la façon dont s'est terminée l'observation actuelle en est une preuve bien valable.

On voit par cette observation que le diagnostic peut être quelquefois excessivement difficile.

En résumé il est un certain nombre d'affections qui peuvent s'accompagner à la fois d'ictère et d'hémorrhagie :

Lorsque celle-ci survient, il faut en déterminer l'origine. Il est facile de reconnaître que le sang vient de l'intestin puisqu'il est rendu par les garde-robes ; cependant il peut arriver que des hémorrhagies de l'estomac passent en partie dans les selles ; dans ce cas il y a du sang rejeté par vomissement et l'on constate quelques-uns des caractères propres aux maladies de l'estomac.

De plus il faut s'assurer qu'on n'a pas affaire à des hémorrhoïdes. Elles seront reconnues directement par l'examen du rectum, le ténesme, etc.

Après avoir éliminé ces causes d'erreur, s'ⁱ l'on se trouve en présence d'un sujet qui a souffert antérieurement de coliques hépatiques et qui, au cours ou à la fin d'une crise, est emporté par une hémorrhagie intestinale, il est logique de considérer cette hémorrhagie comme une complication de la lithiase et non comme un symptôme d'une affection différente.

PRONOSTIC

Nous avons vu que si les hémorrhagies qui compliquent la lithiase biliaire, ne causent pas toujours immédiatement la mort, celle-ci en est la conséquence à bref délai. Leur apparition est donc d'un pronostic fatal.

TRAITEMENT

Il est évident que nous n'avons pas à nous occuper du traitement de l'affection hépatique qui a donné naissance à l'hémorrhagie. Nous devons seulement voir quelle conduite il faut tenir lorsque celle-ci survient. Il faut recourir aux procédés hémostatiques ordinaires (opium, glace, eau de Rabel, perchlorure de fer), mais malheureusement avec des chances douteuses de succès.

On pourrait peut-être, vu la gravité du pronostic, songer à une intervention ^xchirurgicale.

Il en avait été question dans le cas de lithiase généralisée ; on n'y donna pas suite à cause de l'âge avancé de la malade, et, du reste, il est peu probable que l'opération eût réussi étant donnée la généralisation des lésions.

PATHOGÉNIE

Il nous reste à discuter la pathogénie de ces hémorrhagies.

Dans le cas de Schmidt, à la base de la vésicule existait un anévrysme de l'artère hépatique qui s'était rompu à l'une de ses extrémités. C'est à cette rupture que sont dues les hémorrhagies qui se sont succédées si abondamment pendant les dernières semaines de la maladie.

Dans le cas de Marion, la lithiasé était compliquée de carcinome des voies biliaires. La veine-porte était intacte. La cavité dans laquelle se trouvait un amas de caillots représentait les vestiges de la vésicule. Quant à l'artère hépatique, elle était confondue dans une partie de son trajet avec le tissu cancéreux d'où il fut impossible de la séparer.

En raison de la situation des caillots, et de l'intégrité de la veine porte, il est très vraisemblable, bien que cette hypothèse n'ait pu être confirmée, d'admettre que l'hémorrhagie pro-

venait d'une ulcération de l'artère hépatique sous l'influence de l'envahissement par le carcinome.

Anévrysme de l'artère hépatique ou carcinome des voies biliaires, c'est, en somme, dans les cas précédents, à une affection surajoutée à la lithiasé qu'est due l'hémorrhagie. Au contraire, dans le cas de Roux et Nattan Larrier, la lithiasé est seule en cause. C'est à une action mécanique, à l'irritation produite par les calculs que sont dues les ulcérations profondes qui existent dans l'intestin, ulcérations qui sont la source de l'hémorrhagie. Il s'agit donc ici, et nous insistons à dessein sur ce fait, de véritables hémorrhagies intestinales ayant leur source dans l'intestin.

Notre observation est beaucoup plus intéressante au point de vue pathogénique.

La lithiasé est seule en jeu, comme précédemment; mais tandis qu'alors l'action mécanique du calcul pouvait seule être incriminée, nous avons maintenant coexistence de lithiasé et d'infection, et il nous faut examiner si c'est à l'action mécanique ou à l'état infectieux ou bien aux deux réunis qu'on doit attribuer la production de l'hémorrhagie.

L'artère hépatique et la veine-porte sont normales. Le cholédoque et les canaux hépatiques présentent des ulcérations multiples et au milieu des caillots qui remplissent les voies biliaires,

on a trouvé de très petits calculs. Or nous savons que ceux-ci peuvent produire des ulcérations par irritation de la muqueuse.

Mais nous avons vu d'autre part que la surface du foie était parsemée de petits points blanchâtres que l'on a reconnu être de petits abcès miliaires, comme ceux que l'on rencontre dans l'infection purulente.

Cette complication de la lithiasé est d'ailleurs bien connue. Les abcès peuvent même se présenter sur deux aspects différents : ils sont quelquefois disséminés plus ou moins régulièrement dans toute l'épaisseur du foie ; le liquide purulent qu'ils renferment est blanchâtre, jaune verdâtre ou brunâtre ; au microscope, on les trouve dépourvus de membrane pyogène.

D'autres fois ils affectent la disposition décrite par M. Chauffard sous le nom d'abcès aréolaires du foie. Cette dénomination s'applique à une variété d'abcès qui donne absolument l'aspect d'une éponge purulente.

Dans le liquide des abcès on trouve des micro-organismes, notamment le coli-bacille.

Cette infection des voies biliaires permet-elle d'expliquer les hémorrhagies qu'on a observées ?

Pour développer cette hypothèse, il est nécessaire que nous reprenions les choses d'un peu haut.

Il est aujourd'hui bien établi que la bile ne possède pas le pouvoir antiseptique qu'on lui

attribuait autrefois et que les voies biliaires peuvent être envahies par des microorganismes.

C'est en 1886, que M. Galippe a signalé dans les calculs la présence de microbes. Ceux-ci trouvant dans les sécrétions des milieux favorables à leur développement provoqueraient des dédoublements qui détermineraient la précipitation des substances dissoutes à l'état normal. Ainsi s'expliquerait la formation des calculs biliaires.

L'infection biliaire fut démontrée par MM. Gilbert et Girode, en 1890, dans une communication à la *Société de Biologie*. Chez un malade qui avait succombé à la suite de cholécystite et d'angiocholite suppurée, ils ont trouvé la vésicule remplie de calculs et de pus. Celui-ci cultivé a reproduit le bacille d'Escherich.

MM. Gilbert et Dominici ont confirmé ces résultats en 1894. Le coli-bacille, grâce à sa mobilité, peut remonter le cholédoque et envahir les voies biliaires. Comme l'a fait observer Naunyn, cette ascension est favorisée par la stase biliaire. C'est une condition prépondérante de l'invasion des voies biliaires.

Cette invasion des voies biliaires par les micro-organismes donne un grand intérêt aux recherches de M. Claude, relatives à l'action hémorrhagique des toxines microbiennes.

M. Claude a fait des expériences sur quatre-vingt-deux animaux, chiens, lapins, cobayes,

souris, qui ont été intoxiqués par la ricine, l'abrine et des bouillons filtrés ou chauffés de microbes diphtérique, tétanique, pyocyanique, colibacille, streptocoque, staphylocoque. Sept fois M. Claude a trouvé dans la vésicule des caillots sanguins purs ou du sang dilué dans la bile.

OBS. I. — Lapin intoxiqué au moyen de la toxine pyocyanique, par M. Charrin, qui a bien voulu nous remettre cet animal et nous en confier l'autopsie.

A l'examen du foie nous trouvons la vésicule remplie par une masse d'une consistance assez ferme. Après avoir sectionné la paroi nous constatons que cette masse, qui se moulait exactement sur la cavité vésiculaire, était constituée par un caillot adhérant intimement par places à la paroi. Celle-ci était un peu épaissie et présentait des traces de foyers hémorrhagique, origines du caillot. Quant à ce dernier qui pénétrait presque dans le col de la vésicule, il se montrait formé d'une partie centrale plus foncée et plus molle et de couches stratifiées périphériques très apparentes sur la coupe.

Desensemencements faits sur les milieux ordinaires de culture avec la partie centrale du caillot, donnèrent des colonies de *bactérium coli* à l'état pur. Ce micro-organisme ne pouvait être rapporté à une infection agonique ou post-mortem, car l'animal avait été sacrifié et autopsié aussitôt après.

L'examen histologique du caillot montre qu'il était formé par un réticulum fibrineux contenant encore un assez grand nombre de leucocytes de petite taille presque réduits à leur noyau vivement coloré par les réactifs, souvent groupés par petits amas, et des hématies rares surtout à la périphérie.

Ça et là, mais particulièrement vers le centre, le caillot contient des parties formées d'une substance amorphe brun-rougeâtre constituée par la matière colorante des globules rouges détruits.

Vers la partie externe, la fibrine apparaît nettement disposée en couches superposées.

Les coupes de la paroi de la vésicule nous ont permis de reconnaître que le sang épanché provenait de la muqueuse. En effet on constate que l'épithélium est bien conservé sur presque toute l'étendue sauf en certains points où il disparaît peu à peu.

Là le caillot, qui n'était qu'accolé à l'épithélium, se continue directement avec l'infiltration hématique sous-muqueuse, la barrière épithéliale étant détruite. D'une façon générale la paroi vésiculaire n'est pas très malade, par endroits les vaisseaux de la muqueuse sont un peu congestionnés ainsi que ceux de la couche musculaire ; on peut voir même, sur certaines coupes, une artériole dont la tunique interne est épaissie. Mais au niveau de l'épanchement, l'as-

pect est différent, le tissu cellulaire sous-muqueux a en partie disparu, la muscularis muco-sæ fragmentée est presque dénudée et les couches conjonctive et musculaire voisines sont infiltrées par le sang à une assez grande distance, de sorte que la structure normale de la paroi est absolument bouleversée. Les coupes colorées par la méthode de Gram et de Kuhne-Nicolle ne nous ont décelé la présence d'aucun microbe.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une hémorrhagie de la vésicule biliaire qui s'est produite sur plusieurs points de la paroi, peut-être consécutive-ment à la thrombose d'un gros tronc vasculaire, mais que nous n'avons pu retrouver, ou bien encore par suite de lésions multiples et directes des petits vaisseaux. Quoiqu'il en soit, cette hémorrhagie paraît bien être due à l'intoxication pyocyannique et non à une infection, car la paroi de la vésicule ne présentait pas de lésions inflammatoires et ne contenait pas de microbes. Ceux-ci ne se sont montrés dans le caillot que secondairement, la présence de ce dernier, dans la vésicule aurait favorisé par les troubles fonctionnels qu'il a pu déterminer, l'ascension des germes, hôtes habituels de la dernière portion du cholédoque.

OBS. III. — Cobaye inoculé sous la peau avec un bouillon filtré de bacille pyocyannique ; a reçu

le 28 mai, 2 centimètres cubes, le 1^{er} juin, 2 cc. L'animal est trouvé mort le 3 juin. L'autopsie montre une congestion très prononcée des poumons. Le foie est brun-noirâtre. La vésicule est petite, rétractée, ne contient pas de bile et est remplie par une petite masse solide gris-noirâtre. Les reins sont congestionnés et mous. Les capsules surrénales sont rouge-foncé sans hypertrophie notable. L'examen histologique de la vésicule biliaire montre que la paroi contient des vaisseaux capillaires extrêmement dilatés. La muqueuse est froncée et les vaisseaux font saillir la couche épithéliale de sorte que par places il semblerait qu'il existe de véritables sinus gorgés de sang. Ça et là dans la paroi fibro-conjonctive, quelques artérioles sont également dilatées et remplies de sang.

Cette paroi est épaissie par places et infiltrée d'éléments cellulaires arrondis. Les culs-de-sac glandulaires sont normaux, sans trace de processus inflammatoire. Sur certains points les capillaires sous-épithéliaux sont rompus et ont donné lieu à une hémorragie qui s'est faite surtout dans l'intérieur de la vésicule, mais on ne retrouve pas, comme dans le cas précédent, un caillot constitué. Le sang épanché s'est, sans doute, déversé peu à peu dans l'intestin et il ne reste sur la paroi que de minces coagulations fibrineuses avec quelques globules en rapport avec des capillaires ectasiés qui se sont rompus

à un certain moment et ont cicatrisé leur lésion. Ce cas est particulièrement remarquable par suite du développement des altérations musculaires : il s'agit, en effet, d'un véritable état télangiectasique des vaisseaux de la muqueuse. Ce processus semble indiquer une action élective de certains poisons microbiens sur la muqueuse de la vésicule biliaire.

Les coupes de la paroi, ainsi que les ensemencements du coagulum, ont démontré l'absence de microbes dans ce cas.

M. Claude rapporte, en outre, le cas d'une femme de 83 ans, morte avec des symptômes généraux, fièvre, vomissements, sans signes physiques appréciables et chez laquelle il trouva la vésicule remplie par un volumineux grumeau noir, épais, assez consistant, adhérent par places à la paroi, contenant des cristaux, des cellules épithéliales, une substance anhiste non colorée, enfin une grande quantité de globules rouges et quelques globules blancs. L'autopsie ne put être faite dans de bonnes conditions, mais il faut toutefois retenir ce fait d'une extravasation sanguine abondante à l'intérieur de la vésicule.

« Les observations que nous venons de rapporter prouvent d'une façon certaine, l'existence d'hémorragies au niveau de la vésicule biliaire. Lorsque nous constatons la présence de sang dans la bile, en quantité plus ou moins considé-

nable, nous nous étions demandé si la congestion hépatique ne devait pas être incriminée et si le sang ne s'était pas déversé au niveau du lobule hépatique ou dans les premières radicules des canaux biliaires.

Cette hypothèse est écartée par l'analyse des faits : dans deux cas examinés au point de vue histologique nous avons relevé la présence d'ulcérations des parois de la vésicule portant particulièrement sur les vaisseaux qui présentaient des altérations d'origine inflammatoire ou purement congestives déterminant un état télangiectasique très spécial de la muqueuse. Le fait établi anatomiquement ne l'est pas moins au point de vue pathogénique.

« Nos expériences ont trait à des intoxications microbiennes et nous sommes autorisé, autant qu'on peut l'être en pathologie expérimentale à rapporter les lésions déterminées à la seule cause mise en jeu : la toxine microbienne.

« Comment agit cette dernière ?

« Y a-t-il parmi les toxalbumines contenues dans les bouillons de culture de différents microorganismes, des principes ayant une action élective sur l'appareil vasculaire ou vaso-moteur des-voies biliaires, comme il existe certains poisons ayant une action vaso-motrice plus spéciale sur certains organes ? Ce sont des questions que des recherches ultérieures élucideront sans doute.

« A l'heure actuelle, nous n'avons voulu attirer l'attention que sur des faits bien nets : l'injection de toxines microbiennes détermine parfois chez les animaux, des lésions vasculaires des parois de la vésicule biliaire donnant lieu à des épanchements sanguins ou à la formation des caillots intra-vésiculaires. »

Les expériences de M. Claude sont remarquables parce qu'elles jettent un jour nouveau sur la pathogénie des hémorrhagies qui se font dans les voies biliaires.

Examinons maintenant les diverses hypothèses par lesquelles on peut expliquer les hémorrhagies qui sont survenues chez notre malade.

On ne peut attribuer les ulcérations à une cause mécanique, car il serait surprenant que les hémorrhagies ne se produisissent pas plus souvent, étant donnée la fréquence de la lithiase.

Comme l'infection est évidente, prouvée qu'elle est par les phénomènes qu'a présentés le malade et par les abcès miliaires, on pourrait plutôt comparer ces ulcérations à celles qui se forment dans l'intestin au cours de la fièvre typhoïde. On sait que, dans cette maladie, par suite de l'infiltration bacillaire, les cellules fixes des tissus subissent des dégénérescences de nature variable ; il en résulte des ulcérations consécutives à l'élimination des tissus nécrosés.

Mais puisqu'il y a coexistence d'un état infec-

tieux et de calculs, il est plus probable que les ulcérations sont dues à leur action simultanée.

Il résulte, en effet, des expériences de M. Claude que les toxines produisent un état télangiectasique des vaisseaux ; dans ces conditions, il est possible que les calculs aient ulcéré la muqueuse préalablement altérée.

En tout cas, quel qu'en soit le mécanisme, les hémorrhagies intestinales constituent un des faits les plus curieux parmi les complications de la lithiase biliaire.

CONCLUSIONS

1° Les hémorrhagies par l'intestin se rencontrent au cours de la lithiase biliaire ; mais elle constituent une exception dans la symptomatologie de celle-ci.

2° Elles sont symptomatiques des lésions les plus diverses.

3° Elles peuvent être dues à la coïncidence d'un anévrysme de l'artère hépatique avec la lithiase ou à une rupture de ce vaisseau par une ulcération cancéreuse.

4° Dans d'autres cas elles peuvent reconnaître une origine mécanique et être dues à la lésion de la muqueuse intestinale par un calcul.

5° Il existe des cas, encore peu connus, où le mélœna est la conséquence d'une ulcération des voies biliaires sous l'influence d'une infection au cours d'une colique hépatique.

6^e Cette coïncidence de l'hémorrhagie par l'intestin et de la lithiasé est susceptible de donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Vu par le président de la thèse

DEBOVE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUISSON. — De la bile. Montpellier 1843.
- FRERICHS. — Traité pratique des maladies du foie.
- MONNERET. — Des hémorrhagies produites par les
maladies du foie In Archives générales de
médecine. Mai 1854.
- HANOT. — Congrès de médecine. Bordeaux 1895.
- DEBOVE et COURTOIS SUFFIT. — Soc. méd. des Hôpitaux.
29 octobre 1890.
- MOSSÉ. — Thèse d'agrégation 1888.
- SCHMIDT. — Semaine médicale, 15 août 1894.
- MARION. — Mercredi médical, 19 décembre 1894.
- ROUX et NATTAN LARRIER. — Bulletin de la Société
anatomique, 30 avril 1897.
- FOURNIER. — Région microbienne de la lithiase. Paris
1896.
- DUPRÉ. — Les infections biliaires. Paris 1891.
- CHARRIN. — Les poisons de l'organisme.
- GILBERT et GIRODE. — Semaine médicale 1890.
- GILBERT et DOMINICI. — Soc. de Biologie, 16 juin 1894.
- VINCENT. — Cancer de l'ampoule de Vater. Paris 1896.
- CHAUFFARD. — Etude sur les abcès aréolaires du foie.
Arch. de Phys. 1883.
- BARTH et BERNIER. — Dict. encycl. des Sc. méd. art.
voies biliaires.
- CLAUDE. — Bull. de la Soc. anatomique, juillet 1896.
-
- JOUBE et BOYER imp. de la Fac. de méd. 15, rue Racine Paris

